



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 357 de 2021

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

ORGANIZACIÓN MUJER Y SALUD URUGUAY (MYSU)

TRABAJADORAS SOCIALES FUNCIONARIAS ASSE.

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 3 de marzo de 2021

(Sin corregir)

Preside:	Señor Representante Alfredo De Mattos.
Miembros:	Señoras Representantes Cristina Lustemberg, Lucía Etcheverry, Silvana Pérez Bonavita y Nibia Reisch.
Invitados:	Autoridades MYSU: Señora Lilián Abracinskas, Presidenta y el licenciado Santiago Puyol, encargado del Observatorio Nacional de Género y SRR.
	Licenciadas en Trabajo Social Laura Barcelo y Marisa Toshme.
Secretaria:	Señora Myriam Lima.
Prosecretaria:	Señora Margarita Garcés.

═════II═════

SEÑOR PRESIDENTE (Alfredo de Mattos).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Ayer quedé con la misión de hablar con el presidente del Sindicato Médico, el doctor Grecco, con quien me pude comunicar hoy de mañana. El tono de la conversación fue el siguiente. Me dijo que ellos ya habían tenido sus reuniones con el Ministerio de Salud Pública y habían despejado sus dudas respecto al etiquetado. También me refirió que había tenido una sorpresa importante porque había festejado su cumpleaños con un asado y los acompañamientos estaban tapados de octógonos, lo que le complicó un poco el evento. Le pregunté si tenía interés en tener la reunión con esta Comisión y manifestó que dado que el proceso del etiquetado ya se había iniciado, que lo aprueban en el entendido de que va a ser mejorado en el tiempo y que ya habían solicitado la reunión con la Comisión, les interesa venir no en tono de oponerse al etiquetado, sino de hacer aportes.

Yo estoy de acuerdo en que concurran; me gustaría escuchar la opinión de los demás diputados.

(Diálogos)

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Recuerden la discusión que tuvimos ayer, para no retomarla. Con atención yo escuché los argumentos planteados y quedó el doctor de Mattos, como presidente, encargado de conversar sobre la viabilidad de una concurrencia o un texto escrito, o esperar a que esté en discusión el proyecto. Por lo que dijo el doctor de Mattos, ellos insisten en que, al margen de la discusión del proyecto y del buen vínculo que han tenido con el Poder Ejecutivo, tomando muchas de sus observaciones, entendían pertinente concurrir. Por lo tanto, me parece que es mejor recibirlos, como planteé ayer y después vamos caminando en otro rumbo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por lo tanto, si están todos de acuerdo, los citamos para el próximo miércoles.

(Apoyados)

——Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee)

——Vamos a dar ingreso a la delegación.

(Ingresa a sala una delegación de la organización Mujer y Salud en Uruguay, MYSU)

——La Comisión da la bienvenida a la directora de Mujer y Salud en Uruguay - MYSU-, señora Lilián Abracinskas, y al encargado del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, licenciado Santiago Puyol.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Buenos días.

Mujer y Salud en Uruguay es una organización que desde 1996 viene trabajando en la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales reproductivos como una dimensión del campo de los derechos humanos, en cuyo reconocimiento el país ha ido avanzando en los últimos años. Particularmente, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva lo tenemos montado desde 2007 con dos funciones: una de ellas es dar seguimiento a los compromisos que el Estado uruguayo asume ante el sistema internacional y regional de derechos humanos en el campo de políticas de población y desarrollo, políticas de derechos de las mujeres, de las diversidades sexuales y de niños, niñas y adolescentes; la otra es monitorear cómo se implementan en el país

las leyes que se aprueban, y en ese sentido hemos dado seguimiento a las políticas que viraron desde las tradicionales políticas de salud materno-infantiles hacia las progresivas políticas de salud hacia las mujeres y luego de salud integral en salud sexual y reproductiva.

Hemos tenido el gusto junto con quienes han estado en los cargos del Ejecutivo de haber trabajado desde 2004 en la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva a nivel del Ministerio de Salud Pública. También hemos integrado la Comisión nacional de Población y Desarrollo que hasta diciembre de 2019 funcionó en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, en la órbita de Presidencia de la República.

Les agradecemos realmente la posibilidad de tener esta reunión. Lamentamos la situación que la desencadena. O sea, en enero de este año, lamentablemente, tuvimos que denunciar públicamente el fallecimiento de una adolescente de catorce años en el departamento de Treinta y Tres, que había transitado por todas las exigencias y condiciones que establecen los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, pero finalizó falleciendo a la semana, luego de ingresar al hospital con síntomas de fiebre y dolor. Lo que hemos podido indagar es que se tardó veinticuatro horas en una atención ginecológica en el Hospital de Treinta y Tres, y que falleció por septicemia posaborto.

Este caso, lamentablemente, sintetiza una serie de dificultades que hemos venido señalando desde la instalación de los servicios de salud sexual y reproductiva, y que se han agudizado en tiempos de la pandemia. El año pasado especialmente hicimos estudios viendo cómo se seguía brindando la salud sexual y reproductiva, dónde estaban los servicios, cómo promoverlos, y a su vez también fuimos identificando una serie de problemas, barreras y obstáculos en el acceso. MYSU no es una organización que da servicios directos -los dimos en su tiempo- pero sí peleamos por política pública, porque entendemos que brindar estas prestaciones es responsabilidad del Estado y deben ser de acceso universal, más allá del rol que podamos cumplir las organizaciones sociales en este campo. El año pasado tuvimos más de ciento cincuenta consultas de mujeres que no fueron atendidas por el sistema; hubo irregularidades en el funcionamiento -después Santiago puede dar mayor precisión en los datos-, y hubo discrecionalidad en la intervención de los profesionales involucrados en este largo y complejo proceso. No lo voy a contar. La exigencia de la ley sobre es que exista un equipo interdisciplinario que realmente tenga que actuar conjuntamente, que el acceso a ese equipo no lleve más de veinticuatro horas porque el plazo para la atención del proceso IVE es de doce semanas más seis días, salvo excepciones de catorce cuando es por violación o sin plazo cuando hay riesgo de vida o malformación fetal incompatible con la vida. Por lo tanto, no tener el acceso, no tener la información y tener dificultades cuando estos servicios no están, tiene un impacto muy concreto e inmediato.

Esto no solo lo planteamos en esta Administración de gobierno, sino que lo hemos venido planteando de antes y la doctora Lustemberg es testigo. Cuando fue subsecretaria de Salud en el período pasado supo siempre que lo primero que hacemos, a partir de nuestros estudios de monitoreo, es informar a las autoridades competentes -es uno de nuestros roles-, porque la intención no es denunciar, sino evidenciar los problemas para intentar corregir y mejorar la respuesta.

El año pasado, el 28 de mayo, hicimos una movilización que quizás recuerdan: fue la primera movilización en tiempos de pandemia, con una cantidad de mujeres con capas rojas dando vuelta al Palacio. Eso fue la manera de concentrar la atención en un día, el 28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, porque justamente, por todo lo que ha significado la pandemia y la concentración de la atención en la covid-

19, hacía bastante difícil poner sobre el tapete otros temas de preocupación que también estaban impactando.

Por otro lado, el año pasado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recomendó a los Estados que la salud sexual y reproductiva debía ser atendida en contextos de pandemia porque los estragos de su no atención se medían en costos muy altos: embarazos no deseados, maternidades forzadas, no atención en embarazo y parto, implementación de cesáreas abusivas y agudización del riesgo en la práctica de aborto tanto legal, como cuando no hay leyes que amparen la prestación de estos servicios. Por lo tanto, desde el año pasado realmente hemos hecho múltiples esfuerzos para comunicar nuestros hallazgos a las autoridades; sin embargo, no hemos tenido mayor suceso hasta hoy, en que recibimos la invitación a esta Comisión; dentro de un rato también tendremos una reunión con el Directorio de ASSE, al que hemos elevado una serie de preguntas a través de la ley de acceso a la información, porque hubo irregularidades también en las demoras de informar este caso de la adolescente fallecida por aborto. Recordemos que Uruguay no registraba una muerte por aborto desde 2016; se registró otra muerte en 2012 y alguna situaciones de complicación en 2013. Éramos destacados en la región precisamente por haber reducido, hasta erradicar, la muerte de mujeres por aborto inseguro.

Por lo tanto, este caso impacta de manera particular porque una adolescente de catorce años tendría que tener desde todas nuestras instituciones y entornos las mayores garantías, más cuando está transitando un embarazo siendo menor de edad. Lo primero que hay que detectar en esos casos es que el embarazo no sea producto de una situación abusiva o impuesta. Lo segundo es que -según hemos monitoreado hasta el momento- cuando se trata de adolescentes, los servicios no están tomando todas las medidas de precaución. Particularmente, encontramos debilidades en el funcionamiento de los servicios de atención en salud para los adolescentes, que fue parte de la política de atender realmente estos requerimientos en el campo del ejercicio de la sexualidad y reproducción en todo el proceso de acompañamiento de la madurez sexual, el ingreso a la vida sexual activa y todas las medidas que deberían ejercitarse.

Además, lo último que supimos -por eso iremos hoy al Directorio de ASSE- es que efectivamente hubo irregularidades; por ejemplo, se demoró más de un mes para que el Ministerio de Salud Pública nos confirmara que esta muerte fue por aborto. La muerte fue en diciembre y nuestra Red de Acompañamiento Feminista en Aborto de Treinta y Tres detectó la situación a través de los familiares e inmediatamente nos la comunicó. A su vez, nosotros nos comunicamos rápidamente con el Ministerio de Salud Pública para corroborarlo, porque como ustedes saben la muerte materna es de notificación inmediata y obligatoria. Recién pudimos corroborar el 11 de enero -por comunicación nuevamente con el Ministerio- que esta situación había ingresado al comité de muerte materna y que estaba en proceso de investigación ministerial. No hemos tenido más información desde el Ministerio de Salud Pública y estamos a casi tres meses de la muerte y más de un mes desde que hicimos la denuncia pública. Por eso elevamos al Ministerio de Salud Pública el acceso a la información.

Más allá de que particularmente podamos darle datos a la Comisión, hay cosas concretas que quisiéramos plantear en todo lo que tiene que ver con el seguimiento de las políticas de salud sexual y reproductiva, y con las prácticas a futuro. Lo concerniente al área salud, salvo lo relativo a covid ha sido muy poco informado; me refiero a las políticas, las medidas y los objetivos a alcanzar en estos próximos cinco años. Sabemos que a un año de la pandemia tenemos que aprender a convivir con ella; por lo tanto, hay que enfatizar cómo se entiende la pandemia interceptada con otros requerimientos de

salud; porque si no, estamos arreglando una parte pero teniendo consecuencias irreversibles como el caso de esta jovencita de catorce años.

Quisiéramos que la Comisión adopte un compromiso de seguimiento en esta situación concreta, pero también que con la información que relevamos se revisen las herramientas normativas, políticas y técnicas que tenemos porque detectamos que hay cosas que deben corregirse y fiscalizarse, y quizá haya aspectos que corregir en la norma.

Queremos adelantar, pero sin que esto signifique reabrir un debate que a este país le ha llevado más de veinticinco años. No queremos que haya retrocesos, sino -en todo caso- corregir las normas para que estén a la altura de los requerimientos de hoy.

SEÑOR PUYOL (Santiago).- Muchas gracias por brindarnos este espacio para contarles -en la línea de lo que contó Lilián- los hallazgos fruto de las investigaciones que realizamos durante 2020.

Más allá de las consultas puntuales de ciento cincuenta mujeres que se dirigieron específicamente a MYSU o a organizaciones aliadas buscando asesoramiento o denunciando irregularidades, la información provino fundamentalmente de tres solicitudes de información que hicimos durante el año pasado: una al Ministerio de Salud Pública, otra a ASSE y otra a Inmujeres. La misma información que se nos brindó nos dio cuenta tanto de fortalezas como de debilidades en la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva, y del combate de la violencia basada en género.

Particularmente, en materia de aborto, algo que nos preocupa mucho es que la Junta Nacional de Salud nos confirmó que no existe posibilidad metodológica de corroborar que un profesional de ginecología objete conciencia en un prestador y no en otro. Esto es algo que la ley de aborto prohíbe. Nos preocupa que ni siquiera el Ministerio de Salud Pública pueda corroborar que efectivamente se cumpla con uno de los tantos artículos de la ley. En este mismo sentido, no existen datos oficiales sobre las cifras de objeción de conciencia, entre otras cosas, porque si no hay forma de corroborar quiénes objetan en un prestador y en otro, no hay forma de chequear la cantidad efectiva de profesionales que objetan conciencia sobre el total de profesionales que brindan servicios.

Por otra parte, queremos destacar que nos preocupan los casos que no llegan a las instituciones de salud. Nuestros monitoreos realizados entre 2013 y 2017 en diez departamentos del país dieron cuenta de múltiples fugas del sistema que se dan por distintas barreras que derivan de la misma normativa, por ejemplo, el caso de las migrantes con menos de un año de residencia legal en el país. Esto ha sido un problema porque en los años previos a la pandemia -principalmente- Uruguay recibió un gran flujo migratorio de ingreso, sobre todo de migrantes de Latinoamérica, a quienes no se les pudo brindar esta prestación, lo que genera un acto discriminatorio. No se cuestiona brindar otras prestaciones de salud cuando una persona viaja, por ejemplo, desde Uruguay a otro país por un tratamiento oncológico; sería discriminatorio que se le negara la atención. En este caso, efectivamente, se está negando la atención a algunas personas por su condición de migrantes. Es un aspecto que habría que revisar y discutir para ver si hay que actualizar la norma.

En lo relativo a la atención a adolescentes, algo que nos resulta de mucha alarma es que en febrero del año pasado, por decreto ministerial, se resolvió cuáles deberían ser los componentes que integren los servicios de atención a adolescentes, conocidos como espacios adolescentes. Estos espacios deben tener una integración multidisciplinaria, precisamente, para garantizar la integralidad de la atención. Sin embargo, por los datos

que nos brindó ASSE, solamente en Montevideo habría profesionales suficientes asignados a la atención adolescente como para conformar equipos que cubran todas las disciplinas que deben brindar atención. En ese sentido, nos preocupa además que no haya espacio adolescente en Treinta y Tres, por lo que tampoco podría haber habido otro mecanismo que detectara este caso -que, lamentablemente, terminó en una muerte-, más allá del equipo de interrupción voluntaria del embarazo específico.

Además, en general identificamos que en varios departamentos hay fallas; por ejemplo, en Canelones no hay profesionales de la ginecología en ninguno de los espacios adolescentes que están funcionando; no se está teniendo en cuenta un área completa de especial atención en el período de la adolescencia porque no hay profesionales para brindarla en un espacio que además intervincule con otras dimensiones de la salud adolescente.

Por otra parte, nos preocupa también que no se esté relevando la objeción de conciencia parcial. Esta fue una resolución del Ministerio de Salud Pública que sucedió al fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo respecto a la reglamentación de la ley de aborto. El Tribunal de lo Contencioso Administrativo resolvió que la forma en la que estaba reglamentada la objeción de conciencia limitaba el derecho a hacer uso de ella, según interpretación de los magistrados. Y en ese sentido, el Ministerio resolvió que se pueda objetar conciencia no solo ya en el acto en sí de realizar la práctica del aborto o con la receta de la medicación para que las mujeres puedan practicarlo, sino que también se habilita en otras etapas, por ejemplo, al brindar información. En realidad, no se hizo seguimiento de esto por parte del Ministerio de Salud Pública ni de ASSE. Entonces, tampoco se está evaluando con cuántos profesionales realmente se cuenta para otras etapas, no solo para brindar la atención específica en aborto, sino para el asesoramiento y derivación oportuna a los equipos. Esto se traduce en demoras, porque si las mujeres se encuentran con un profesional que hace uso de la objeción de conciencia incluso al momento de brindar información, tiene que derivarla a otro profesional para que de ahí se la derive al equipo. Esto complejiza innecesariamente un procedimiento que ya de por sí tiene requerimientos y etapas bastante complejas.

Nos preocupa, sobre todo, que no se le esté dando seguimiento cuando desde nuestros monitoreos detectamos que el uso de la objeción de conciencia en algunos casos se traduce en una barrera de por sí. Hay localidades con cien por ciento de objetores de conciencia, lo cual necesariamente implica traslados. Ni desde los prestadores de salud ni desde las autoridades sanitarias se resolvieron maneras para subsanar este problema en el contexto de la pandemia, cuando la movilidad se vio bastante disminuida no necesariamente por restricciones, sino por miedo o dificultades derivadas de la pandemia. No se buscaron soluciones a través de la telemedicina, cuando el Parlamento habilitó este tipo de prestación. Nos preocupa que la telemedicina no fuera debidamente reglamentada por los prestadores de salud; cada prestador y unidad asistencial lo resolvió como pudo, con los recursos con los que contaba. Este dato proviene de nuestras solicitudes de información; varias unidades asistenciales de ASSE nos comunicaron que la telemedicina que brindaban era simplemente contacto por vía telefónica, muchas veces con teléfonos celulares de los profesionales, porque no contaban con otros recursos para hacerlo o con el único teléfono que había en la policlínica. Es decir que para todas las consultas por vía telefónica había un único recurso disponible.

Este tipo de barreras y el hecho de que no exista reglamentación específica sobre cómo implementar la telemedicina también dificultan la fiscalización. Nos preocupa mucho que las autoridades sanitarias fiscalicen efectivamente el cumplimiento de la

normativa, dado que nada garantiza que porque la norma esté aprobada se estén brindando los servicios.

Para culminar con los datos que nos alarmaron, en lo que tiene que ver con violencia basada en género, nos parece muy bueno que se haya reforzado el sistema de las líneas telefónicas para consulta, asesoramiento y derivación; además, esto se reflejó en un aumento del volumen de consultas.

En esta área nos preocupa que los mecanismos para realizar la denuncia no se hayan flexibilizado tanto. Si bien se habilitaron mecanismos de denuncia *online*, para que tuvieran valor era necesario asistir a la comisaría. Esto no solo generaba un dilema para las mujeres, que deben quedarse en casa con sus agresores, sino que dificultaba el involucramiento de otras personas que pudieran detectar o evidenciar situaciones de violencia y quisieran denunciarlas porque después debían asistir a las comisarías para poder dar validez a lo que habían dicho. En consecuencia, el mecanismo de denuncia *online* pierde completamente su valor y se vuelve una ficción. Es decir que se hace la denuncia, pero después no se corrobora y, además, implica un involucramiento que quizás las personas no quieran tener por miedo. Tengamos presente que involucrarse en situaciones de violencia puede repercutir no solo sobre la vida de las mujeres que están en situación de violencia, sino también en las personas que intentan ayudar.

Esto es cuanto queríamos decir con respecto a la información. En la carpeta que les dejamos tienen todos los datos que relevamos.

Muchas gracias.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Quiero agregar que toda la información está disponible en nuestro sitio web en distintos formatos: base de datos, relevamiento de información, informes que realizamos, etcétera.

Asimismo, nos parece importante que sepan que hemos detectado situaciones en el ámbito rural de Tacuarembó donde la desprotección es absoluta porque, entre otras cosas, no hay accesibilidad. Pudimos corroborar que los equipos de salud de interrupción voluntaria del embarazo están en todas las capitales departamentales, pero eso no quiere decir que sean accesibles a todas las personas del departamento; quienes viven en el interior lo saben. Estamos corroborando que en el ámbito rural la desprotección es realmente inconcebible. Además, las profesionales a las que se llega -me refiero a un caso concreto que estamos siguiendo- tampoco saben cómo son los procedimientos y normativas. Entonces, acudir a un profesional no resuelve el problema. Muchas veces, las intervenciones están sustentadas en sesgos basados en creencias personales. Obviamente, todos tenemos nuestras creencias personales, pero alguien que está en la salud sabe que las normas y protocolos existen para garantizar la no discrecionalidad y los derechos de las personas que consultan.

Entonces, hay varias cuestiones a tener en cuenta además de este caso grave.

Creo que el Parlamento debería hacer un seguimiento de las normas que promulga. ¿Por qué? Porque, francamente, eso también es parte de la tarea. La tarea es, obviamente, promulgar, y hacerlo en las mejores condiciones, pero luego deberían hacerse los ajustes necesarios y revisar aquellas hipótesis que dieron lugar a determinadas decisiones. Hoy, tenemos evidencia para demostrar que algunas de ellas estuvieron basadas en información errónea. Por ejemplo, es claro que en Uruguay el aborto, después de que se legalizó, no fue utilizado como método anticonceptivo. Las estimaciones de aborto legal promedian 10.000 al año. Aclaro que sabemos que las estimaciones siempre son complicadas, pero la última que teníamos sobre aborto ilegal,

que es del año 2003, señalaba que había 33.000 abortos anuales. O sea que estamos en el tercio de lo que eran esas estimaciones.

Otra cuestión a tener en cuenta es que el 95% de las mujeres que iniciaron este proceso, lo terminaron. Es decir que no hay un cambio de decisión más allá de la intervención del equipo profesional y de los cinco días de reflexión obligatoria. Precisamente, quizás haya que revisar si ese equipo interdisciplinario no debería sería ser de consulta obligatoria, sino que debería haber equipos profesionales disponibles. Digo esto porque si hay requerimientos de hacer una consulta psicológica por aborto, ese servicio no está disponible dentro de la atención prevista. Así que me parece que ese aspecto debe ser revisado.

Reiteramos el agradecimiento por este encuentro y quedamos a su disposición para los que ustedes consideren a futuro.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Agradezco la presencia de MYSU, representada por Lilián y Santiago, en nombre del Observatorio.

Como decía Lilián, conocemos el trabajo y la seriedad que sobre este tema ha mantenido la sociedad civil y en diferentes ámbitos. En este caso, la participación de la sociedad civil ha sido clave, no solamente para llegar a las leyes que en nuestro país garantizan la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, sino para la implementación de esas políticas públicas.

Por mis roles anteriores como subsecretaria e integrante de otras comisiones, me consta que hay fallas y debilidades. Sin embargo, no desconozco la fortaleza que estas medidas significan para nuestro país; esto lo debemos tener claro.

Me interesa destacar -creo que MYSU lo ha dicho- que cuando uno analiza la ley argentina actual -que es verdad que demoró tiempo en implementarse- ve un marco legislativo de avanzada, que hace que a la hora de la implementación de los servicios se logre un mejor impacto y calidad en la atención de las mujeres.

Hoy tenemos que lamentar el fallecimiento de esta adolescente en Treinta y Tres. Debo decir que en los dos años que fui subsecretaria, noté irregularidades en la calidad y en el proceso de atención en ese departamento.

Como bien decía Lilián, la implementación de la ley ha sido garantizada, por eso en Uruguay hoy las muertes maternas vinculadas a un aborto en condiciones de inseguridad son pocas. Este es el segundo caso registrado, con las salvedades que hizo Lilián.

En particular, creo que esta adolescente debió haber tenido un seguimiento mucho más estricto. El otro día, leímos y escuchamos la intervención del gerente general de ASSE. Según tengo entendido, van a reunirse con las autoridades de ASSE, tanto con el gerente como con el vicepresidente, el doctor Marcelo Sosa, que han llevando adelante la investigación administrativa, dándole seguimiento en el ámbito judicial.

En esta Comisión vamos a estudiar los temas que el Observatorio ha relevado y nos comprometemos a trabajar para ver cómo se están implementando estas medidas, en conjunto con el Poder Ejecutivo. Todos sabemos que debido a la pandemia, desde el punto de vista estructural, se han evidenciado debilidades. Realmente, esta es una situación muy compleja, pero lo que no nos puede pasar es que vayamos en retroceso en algo que ya tiene su complejidad. Sabemos que el acceso a los equipos interdisciplinarios no está garantizado en todos los lugares.

Por otra parte, la objeción de conciencia es un tema muy complejo; ojalá, algún día estén dadas las condiciones para, por lo menos, discutir cómo ha dificultado esto.

Lo que sí tenemos que mantener es que Uruguay es -les pido que me corrijan si me equivoco-, después de Canadá, el país de las Américas que más baja mortalidad materna tiene. Este es un indicador de mejora ostensible. No podemos retroceder en ese camino.

Como sucede siempre con todas las leyes que dictamos acá, lo más difícil es la implementación. Es necesario contar con equipos en todos los lugares del país. El doctor de Mattos, quien preside la Comisión, es oriundo -no sé si ustedes lo saben- del departamento de Tacuarembó; no voy a hablar por él, pero sabemos que cada departamento tiene sus particularidades.

En definitiva, la complejidad de la situación no puede habilitar que tengamos un retroceso. Sí es cierto que tenemos dificultades a mejorar. Tomemos como base la plataforma de todo lo avanzado. Capaz que es hora de sentarnos a conversar sobre aquellos aspectos en los que podría haber una adecuación normativa y los que requieran la implementación de una política pública por parte de todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque si bien la falla se evidencia en ASSE, sabemos que también hay problemas en otros prestadores.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- En primer lugar, saludamos a los integrantes de MYSU. Nos conocemos hace muchísimos años y hemos trabajado en este tema.

Para apoyar las palabras de la doctora Lustemberg, digo que hay momentos y momentos. Yo creo que este es un momento de revisar y de corregir algunas cosas. En su oportunidad, dimos nuestra opinión, por ejemplo, sobre los cinco días de reflexión: manifestamos que estábamos absolutamente en contra. Me parece que ese es un punto importante sobre el que debemos reflexionar. Tal vez, algunos aspectos requieran una corrección legal y otros una instrumentación; me refiero a asuntos que la Comisión puede abordar con las autoridades competentes.

En cuanto al caso concreto de Treinta y Tres, hubo una negligencia absoluta por parte del equipo de guardia. Supongo que el problema estará en manos de ASSE. Me parece que sería bueno que ustedes conversaran directamente con las autoridades, para que los reciba y les dé las explicaciones del caso.

Nuestro compromiso va a ser siempre tratar de mejorar las acciones. Si bien empezamos a trabajar en ellas hace muchísimos años, hay momentos en que es necesario hacer algunas correcciones.

Como decía Cristina, la objeción de conciencia es un tema extremadamente difícil. A pesar de que somos un país muy chico y con conexiones fáciles, imagino lo que habrán sido estas situaciones -que ya son problemáticas- con la pandemia. ¡No quiero ni pensar lo que debe haber sido!

Por último, los saludo nuevamente. Para nosotros, el Observatorio siempre fue un instrumento fantástico de corrección. Tal vez, y haciendo un poco de autocrítica, no le dimos la trascendencia que deberíamos haberle dado para empezar a corregir antes, pero el compromiso de trabajar en esto siempre va a estar.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Saludamos formalmente a la delegación que nos visita. Es un gusto recibirlos.

Suscribo lo que planteaban la señora diputada Lustemberg y el señor diputado Gallo, pero voy a hacer una pregunta bien pragmática y, sobre todo, voy a explicitar que comparto la necesidad, la obligación del Parlamento de monitorear y seguir lo que legisla.

En ese marco, les pregunto -en este exhaustivo trabajo de seguimiento que hace el Observatorio- si respecto a la ordenanza N°469, de 2017, al Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -que tiene varios capítulos y aborda todos los temas de la reglamentación de la Ley-, ustedes tienen un seguimiento, han identificado en cada uno de los componentes que están reglamentados dónde están las mayores debilidades, dónde están las fallas. Lo pregunto porque me parece que esa información aportaría a los efectos de avanzar en el cumplimiento de esta tarea de contralor que tiene el Parlamento y, sobre todo, a identificar algunos aspectos que sea necesario -como bien ustedes decían- mejorar e incorporar

Puntualmente, respecto a lo que planteaban ustedes, acá se menciona, en el tema de los objetores de conciencia, la información está, el tema es que quizá hay que ver cómo se instrumenta o las voluntades para hacerlo. Solamente, como ejemplo, está mencionado en el punto 8.5. Allí dice que las instituciones deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar a las usuarias el correcto acceso a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo; por ende, deberán solicitar a su personal de salud que informe en forma escrita si son objetores de conciencia, de modo de organizar adecuadamente el servicio, según la ordenanza N°316, de 2016. Lo pongo como un ejemplo; a veces es cuestión de perfeccionar los instrumentos para que funcionen. Pero más allá de eso, tiene que estar, obviamente, el Poder Legislativo detrás de lo que legisla, haciéndose cargo.

Si en el total de los contenidos de este manual hubiera observaciones, más allá de esto respecto a los objetores, que no están funcionando bien, creo que sería un insumo importante para empezar a profundizar.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Quedé realmente impactado con el tema de los migrantes. Quisiera saber si tienen información específica y cómo podemos corregir eso porque es una situación grave.

Por otro lado, en lo que refiere al espacio adolescente, deseo saber si tienen algún relevamiento; la incorporación de los ginecólogos en esos lugares debe ser clave, elemental.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Tenemos relevado cada paso, cada prestación desde que la salud sexual y reproductiva es prestación obligatoria en el Sistema Nacional Integrado de Salud para públicos y privados. El Observatorio ha monitoreado -eso quiero aclararlo- los dos subsistemas porque es una medida prestacional obligatoria dentro del sistema. A veces, cuando no tenemos información de las mutualistas, no podemos recurrir igual con la ley de acceso. Ahí tenemos problemas; depende de la buena voluntad de la institución mutual para respondernos. Sí hemos podido identificar fallas en la difusión de las prestaciones. A veces, bromeando, decimos que son como "servicios secretos". O sea, los servicios de salud sexual y reproductiva, en general, y los de aborto, en particular, no han tenido una política de promoción. Me refiero a que existen, dónde funcionan, cuándo funcionan y cómo son las condiciones. Increíblemente, a ocho años de la ley, hay gente que sigue pensando que el aborto es legal, se compran las pastillas y está bien. Gran parte del trabajo que hacemos es exhortar a que vayan, que recurran a los servicios, que vean cómo funcionan, qué cosas deben estar en la prestación y qué deben exigir para que se los den en tiempo y forma.

Otro aspecto a considerar son las demoras. En el procedimiento y en la guía está claramente estipulado cómo debe actuar el personal y cuáles son los plazos y condiciones; sin embargo, no hay control institucional cuando eso no pasa o no funciona.

Los mecanismos de denuncia tienen dos problemas. Uno de ellos es que muchas mujeres solo denuncian cuando la situación es grave; después que resolvieron, no hacen la denuncia. Además, tienen una serie de consultas y tiempo destinado; lo hemos medido en tiempo de trabajo destinado. Hemos encontrado casos de policías, por ejemplo, que tienen que terminar diciéndole al superior que lo que necesitan es abortar porque primero tienen que tomar un examen, luego deben concurrir a la consulta ginecológica, y después el IVE 3, lo que implica una serie de salidas del trabajo que en el sistema policial ha dado lugar a fugas específicas. Salen del sistema porque no quieren que se sepa el motivo de la consulta. Sabemos que, muchas veces, el estigma y la discriminación sobre la práctica del aborto sigue existiendo y hemos detectado que en las localidades más pequeñas hay una fuerte fuga por miedo a que se sepa el motivo de la consulta en la localidad. Esto pasa con aborto, con violencia y con VIH. Son los tres motivos que hacen que la gente no vaya a la consulta en su localidad porque tiene miedo a que se pueda saber y que después sea parte de las comidillas.

En cuanto a objeción de conciencia hemos trabajado muchísimo en la Comisión Sectorial de Población y Desarrollo, hay un documento aprobado donde han participado varias instituciones: el Ministerio de Salud Pública, el Mides, el Instituto Nacional de las Mujeres, Iniciativas Sanitarias y hemos hecho una valoración de cómo se podía abordar la objeción de conciencia, como un derecho a la libertad de conciencia del profesional, pero en términos generales, no solo en términos de aborto. Hay otras cuestiones que tienen que ser corroboradas también en el profesional, en la medida en que la razón de objetar no la pague la persona que se ve afectada. Esta es una de las discusiones que hemos tenido largo y tendido no solo en Uruguay, sino en seminarios internacionales. El tema de la objeción de conciencia en aborto se está convirtiendo en una barrera de implementación cuando se aprueban las leyes; ha pasado en Chile y está pasando en Argentina. Se corre el debate que se dio en el campo político al campo técnico de la implementación y esto es un problema porque requerirá también discutir con las instituciones formadoras de profesionales.

Quiero recordar que salud sexual y reproductiva no integra la formación de ninguna de las profesiones que están asignadas en los equipos que tienen que asesorar y atender. O sea que dependerá de las instancias de capacitación que se hayan hecho desde el Ministerio y desde las instituciones cuál será el nivel y marco técnico de intervención del profesional en un campo muy valorativo, donde todos tenemos posiciones, creencias y opiniones; es un campo muy complicado.

Los profesionales declaran ante cada institución si van a ser objetores totales o parciales y esto queda en una declaración jurada que cada institución manda al Ministerio de Salud Pública. ¿Cuál es el problema? Que nadie sistematiza la información de las declaraciones juradas, con lo cual nadie puede corroborar este dato. Actualmente, en las instituciones del Estado no pueden decirnos cuál es el porcentaje de objetores que hay en el país, en cada departamento y a disponibilidad de los proveedores de servicios que tienen que tener profesionales disponibles para prestar la atención. Este es un debate mundial. Ustedes saben que hay políticas distintas. Hay países donde prohíben la objeción de conciencia para especialidades; en todo caso, dedicate a otra especialidad, no hagas una especialidad que requiere de tus servicios para asegurar el cumplimiento del Estado en prestaciones determinadas por ley. Este es un debate enorme que es necesario retomar porque hemos tenido situaciones confusas de objeción de conciencia con la atención a personas LGTBI, de la diversidad sexual y con eutanasia, que es una de los debates que también incorporamos y donde debe haber una coherencia del profesional de acuerdo a su sistema de valores, que objeta para aborto, pero después no

objeta para el fin de la vida. Tiene que haber cierta garantía de sustento ético, filosófico o religioso que esté detrás de la objeción.

SEÑOR PUYOL (Santiago).- En cuanto a espacios adolescentes, la información que tenemos es solo sobre ASSE. Si bien hicimos la solicitud al Ministerio de Salud Pública, no recibimos información sobre el subsector privado.

Tenemos las cifras de cuántos espacios adolescentes hay por departamento -figura en el documento- y -si bien no está en el documento- contamos con las cifras sobre integración profesional, cuántos profesionales hay por departamento en ASSE destinados para los espacios adolescentes. Ahí nos encontramos con que además que no hay espacio adolescente como tal en Treinta y Tres o que no hay ginecólogos en Canelones, en el departamento de Lavalleja, el espacio adolescente es un profesional, un médico general que atiende adolescentes. Entonces, la diversidad dentro de los espacios adolescentes es muy grande. Entendemos por qué se decreta, cuál tiene que ser la integración: para ordenar porque hasta que no se ordena qué es lo que tienen que tener los espacios, cada quien resuelve como puede y como quiere. Lo que nos parece alarmante del dato es que no están dadas las condiciones para establecer espacios adolescentes con una integración que garantice la completa la atención, salvo en Montevideo, que es el único departamento que tiene los profesionales asignados. Tampoco sabemos si están integrando un único equipo o múltiples equipos porque ese dato no lo tenemos, pero es el único departamento en el que están las condiciones de mínima que es tener profesionales destinados para esta atención; en el resto no los hay.

SEÑORA ABRACINSKAS (Lilián).- Quiero referirme al tema de los migrantes.

En la Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género, en el capítulo de violencia obstétrica, incorporaron un artículo donde se habilita al acceso al aborto a migrantes en que el embarazo sea producto de una violación. ¿Con qué nos hemos encontrado? La gran mayoría de las migrantes no están embarazadas producto de una violación, muchas veces están embarazadas por sus parejas. Es una situación muy compleja y nosotros no recomendamos denunciar una violación cuando no existe, más allá de que eso le permita el acceso legal a practicarse un aborto. Para ellas también es una situación muy compleja; vos estás esperando ser ciudadana del país y que puedas ser integrada como población migrante del país, por tanto, denunciar un delito que no lo es, también te puede poner en una situación compleja. Se intentó una solución, pero no son vías fáciles.

SEÑOR REPRESENTANTE GALLO CANTERA (Luis).- Una migrante que ingrese al Uruguay tiene derecho a la salud obligatoriamente, es lo estipulado legalmente. La salud sexual y reproductiva está dentro de ese paquete. La pregunta es, ¿por qué tienen dificultades de acceso? Si una migrante está embarazada y no quiere tener el niño, ¿por qué no puede ir a un servicio de salud sexual y reproductiva de ASSE, por ejemplo, que tiene obligatoriedad de darle ese servicio? Esa es la pregunta concreta. ¿Por qué razón esto no se incluye y sí, por ejemplo, la prótesis de cadera de la migrante que se quiebra y se opera? ¿Cuál es el problema?

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Lilián lo puede explicar mejor, la ley lo exceptúa.

Cuando fue la discusión de la ley, tuvimos que escuchar -lo mismo pasó con la ley para personas trans- que eso se excluía para que no se de una especie de "turismo". Me cuesta decirlo, pero que conste en la versión taquigráfica. Es un término alejado de los derechos humanos y está fuera de la concepción de salud pública que alguien pueda decir que un tema de alta sensibilidad para garantizar el acceso a la salud pueda ser

tomado como "turismo". Sin embargo, ese fue el término que se usó en la negociación política de la ley.

Uruguay cada vez recibe más migrantes y tenemos que adecuar nuestra normativa legal para garantizar sus derechos en diferentes ámbitos. Quizás este es uno más de los tantos derechos que estamos incumpliendo, así como con muchas normativas internacionales vinculadas al derecho.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la concurrencia de la delegación.

(Se retira de sala la organización MYSU, Mujer y Salud en Uruguay)

(Ingresa a sala una delegación de trabajadoras sociales funcionarias de ASSE)

——La Comisión da la bienvenida a las licenciadas en trabajo social Laura Barcelo y Marisa Toshme.

SEÑORA BARCELO (Laura).- Íbamos a venir con un representante de los compañeros de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, pero por la premura de la reunión no fue posible.

Nosotros venimos en representación de los aproximadamente trabajadores sociales -quizás seamos un poco menos- que trabajamos en ASSE a nivel de todo el país, en 897 unidades ejecutoras. Hace más de cinco años que venimos reclamando y reuniéndonos con las diferentes autoridades de las distintas unidades ejecutoras, incluso hemos tenido reuniones en el Parlamento, tratando de explicar la situación que atravesamos los trabajadores sociales de ASSE. Tenemos diferencias salariales, de cargas horarias, contractuales, precariedad en cuanto a los trabajos, y tenemos mucho trabajo, cada vez más. Atendemos una población usuaria de más o menos 1.400.000 personas; se ha incrementado notablemente.

No sé si ustedes saben lo que hace un trabajador social, pero es un trabajo fuerte: estamos en todos los programas, en todas las situaciones, en todas las edades, con todas las problemáticas, brindando abordajes con los recursos y políticas públicas existentes, tratando de dar respuesta a esas realidades. Ahora, en época de pandemia, estamos con el overol puesto trabajando en donde haya que trabajar: como a veces hay pacientes y otras no, estamos en los *triages*, en seguimiento de los covid, en las canastas de emergencia con la gente cuarentenada que no tiene para comer, haciendo todo lo que haya que hacer, porque la idea es justamente la de trabajo en equipo; nuestra mirada como institución es así. A veces se saluda al personal de salud o a los médicos, pero no son solo ellos, estamos muchos ahí, en la primera línea, y bastante complicados.

Entre nuestros desvelos está que dentro de ASSE tenemos trabajadores sociales clase A y clase B. Todos entramos en un mismo llamado y las personas encargadas de recursos humanos distribuyen personal para salud mental o para trabajo social común: el llamado es el mismo, o sea, no tenemos una sapiencia diferente. En esos llamados estamos hablando de una diferencia salarial de más de $ 20.000: entonces, es plata, es un sueldo. Hoy nuestro sueldo nominal está en $ 40.000, que queda en un promedio de $ 26.000, por veinticuatro horas semanales. Hemos venido reclamando a ASSE porque hay diferencias horarias. Hubo acuerdos verbales a través de la Federación de que por lo bajo de los salarios durante todos estos años, se bajaba la carga horaria. Pero ahí somos rehenes de las autoridades de turno y de la unidad ejecutora en la que estemos: hay colegas que trabajan quince horas, otras que trabajan veinte, otras que trabajan veinticuatro, en función de donde estén trabajando. Se busca una equiparación; no tenemos un departamento de trabajo social que nos lidere y nos convoque: nos estamos juntando allí y conocemos la realidad que estamos atravesando.

Contamos con el apoyo de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, que se ha contactado varias veces con las autoridades, hemos mantenido reuniones. A lo largo de todos estos años, lo único que ha pasado es que se han jubilado muchos colegas y se han muerto otros, y no hemos conseguido cambios. La diferencia con Salud Mental es un problema; Salud Mental tiene cuarenta y siete equipos, o sea que el resto de la población es abordada por la trabajadora social común y corriente. Y después están las realidades, sobre todo de los colegas del interior, que son horribles. Por ejemplo, un compañero en RAP Lavalleja, se tiene que trasladar a Mariscala, Colón, Pirarajá o Aramendia, y da respuesta al Hospital de Minas. Le hicieron un contrato de comisión de apoyo, o sea que le pagan una parte en tique alimentación, y esos traslados los hace de su bolsillo. En Colonia pasa lo mismo, y en Río Branco, igual. Los colegas del interior hacen eso a su costo. Es una situación de vulnerabilidad muy compleja que a veces se banca porque no hay más remedio, pero en realidad los colegas nuevos que van entrando, se van yendo, porque ASSE es el peor empleador que tenemos.

A su vez, compartimos trabajo con colegas del BPS o de la Intendencia. Un sueldo líquido de una colega del BPS está arriba de los $ 70.000, sin embargo, compartimos el espacio y si la colega está certificada, yo por ejemplo, en Sayago, doy respuesta al BPS de Colón; los pacientes vienen a mí porque la colega no está. Todo es así, porque todos tenemos la misma sapiencia, somos todos profesionales Grado A, Escalafón A, con título universitario. Hemos tratado de equiparar estas situaciones, pero no hay forma de conseguir respuesta. Es equiparación lo que queremos, no un incentivo.

SEÑORA TOSHME (Marisa).- Quiero hacer un paréntesis a lo que está planteando Laura.

En diversas oportunidades, con todos los actores institucionales con que nos hemos reunido, sea en ASSE, en la unidad de negociación, nosotros llevamos una propuesta, porque lo que estamos pidiendo es una equiparación y no estamos hablando de un salario realmente acorde, que estaría por encima de los $ 100.000; estamos hablando de equiparar a $ 40.000 en la mano; lo que tenemos es $ 26.000. Nos reunimos con varios actores y si era un tema de que no había dinero, hicimos una propuesta. En función de lo que estaba ganando el trabajador social que tenía la equiparación de salud mental, que eran $ 15.000 más, dividimos el valor hora y nos dio que nosotros, para ganar lo mismo -pero en vez de ganarlo en plata, en horas-, deberíamos cumplir quince horas en vez de veinticuatro. Entonces, entendimos un montón de cuestiones; creo que fuimos como a dieciocho reuniones desde 2014 hasta ahora, hicimos ese planteo y realmente no encontramos receptividad.

SEÑORA BARCELO (Laura).- Más allá del tema salarial, tenemos el desconocimiento del rol, que en definitiva no es responsabilidad del trabajador social, sino de las autoridades que están adelante. O sea, nosotros recibimos demandas como: "Tiene hambre", "Está sucio", "Conseguile una vivienda", "Tiene olor". Esa es la realidad en la que nos movemos, más allá del tema hospitalario con la presión de las camas y de las altas hospitalarias, donde viene el médico y te dice: "Ya tiene el alta, sacámelo de acá; si no sos capaz de sacármelo de acá, renunciá". Nosotros tenemos que proteger a la persona y no podemos darle el alta a alguien que es oxígenodependiente para que vaya a su rancho, donde -por ejemplo- no tiene luz; o tiene heridas abiertas y no tiene dónde hacer un buen tratamiento. Se supone que las altas sociales son para eso, y hay directores que han puesto a internos a dar el alta social. O sea, en ese mundo nos manejamos, en el mundo médico, donde la vulnerabilidad del usuario es la que nosotros tenemos que defender.

SEÑORA TOSHME (Marisa).- Yo trabajo en el Hospital Maciel, donde en un momento se nos llamó a una reunión con el doctor Álvaro Villar, quien nos dijo que si él, como médico, no podía sacar un aneurisma, se tenía que ir, y si nosotros, como trabajadores sociales, no podíamos resolver una situación, teníamos que renunciar. Ahí trabajamos junto con la Federación, porque lo que tiene que quedar claro es que nosotros somos ejecutores terminales de política pública. Uno en la casa abre la heladera y cocina con lo que tiene; nosotros abrimos la heladera, sacamos las políticas que tenemos y las ejecutamos, pero donde no hay política, es decir, donde no hay respuesta, no podemos actuar. Por ejemplo, el Piñeyro del Campo tiene lista de espera: yo no me puedo llevar a los ancianos para mi casa. Entonces, cuando uno lleva la discusión a ese nivel, se generan algunas cuestiones. Y esto es como un plus, porque el trabajo nuestro es todos los días con la gente que está pasando situaciones realmente muy complejas como para sumarle todavía que se deposite la responsabilidad en el profesional, cuando las políticas a lo largo de estos años se han focalizado. Por ejemplo, Tarará Prado, que es un centro de rehabilitación, antes atendía al total de la población; ahora, si la persona no estuvo en un dispositivo del Mides, no va para Tarará. Si una persona estuvo veinte años en situación de calle, se fractura y nunca pasó por ningún dispositivo del Mides, vuelve a la calle, pero esto no es de ahora, sino que viene desde hace unos cuantos años. Entonces, ¿quién da la cara? La da el ejecutor terminal de la política pública.

SEÑORA BARCELO (Laura).- También está el tema de los recursos humanos: tenemos hospitales como el Pereira, que tienen un promedio de treinta colegas o más, y tenemos el Maciel con cuatro, el Pasteur con tres, el Español con dos, o el INCA ahora -por suerte- con dos. Ni que hablar en el interior, donde se pide a los colegas de la RAP, se hacen contratos para la RAP, para que den respuesta a los hospitales, donde es muchísimo el trabajo y muy poco el reconocimiento. En algún momento, a algunas de las autoridades de ASSE les planteamos que no contrataran trabajadores sociales, porque es un ninguneo a nuestro trabajo y realmente nos sentimos muy frustrados ya que no hay respuesta. Si es para cubrir el ojo de que hay un trabajador social, en definitiva, es un daño que nos hacen.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Conozco muy bien el trabajo que realizan porque fui funcionaria de ASSE Nueva Helvecia en el departamento de Colonia. También conozco la situación compleja que atraviesan muchas veces sus compañeros allí, porque somos un departamento con catorce ciudades, lo que implica un costo no solo monetario, sino en tiempo, ya que tenés que esperar el ómnibus y no es que tengas frecuencias en forma inmediata -más aun en tiempos de pandemia-, a veces tenés que esperar una hora o una hora y media. Lo experimenté porque trabajé en una localidad que estaba a 30 kilómetros y llegar hasta allí me insumía una hora y media solamente de traslados, por tener que tomar combinaciones y demás. Por lo tanto, no solo es el costo monetario, sino también el tiempo que te insume hacer la tarea.

Si bien somos una comisión de salud y este es un tema que está dentro de nuestro ámbito, al ser funcionarias de ASSE, les quiero mencionar que en el Parlamento funciona la Comisión de Legislación del Trabajo -en el día de hoy están tomando posesión los nuevos presidente y vicepresidente-, que es el ámbito donde se manejan estas cosas. He visto que ustedes han sido recibidos por comisiones de salud, no sé si han sido recibidos por esa otra Comisión.

SEÑORA BARCELO (Laura).- Sí, concurrimos a la Comisión de Legislación del Trabajo el 8 de mayo de 2019.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Por eso, como cambiaron los legisladores que la integran, sería importante que concurrieran nuevamente. Nosotros

podríamos remitirle la versión taquigráfica de esta sesión, si el presidente y los compañeros lo entienden pertinente, porque ese es el ámbito ideal para que concurran. Es una Comisión muy receptiva y a toda delegación que le solicita una entrevista la reciben en forma inmediata. Lo digo a modo de aporte. Entiendo todos los planteos y la desigualdad. Lo viví en carne propia desde otra profesión, pero dentro de ASSE.

Las aliento a seguir luchando. Las felicito por su trabajo, y más en pandemia, cuando no es tan visible como otros. ¡Vaya si serán la primera línea de fuego! Sin duda, están en contacto directo no solo con la patología, sino también con las consecuencias socioeconómicas de lo que esto nos trajo. Y así como nos ocurre a nosotros dentro del sistema político conjuntamente con ediles y alcaldes, somos quienes tenemos más contacto directo con la población. En su profesión, ¡vaya si estarán conviviendo con las necesidades de la gente día tras día! Y viviendo con angustia, porque cuando se elige esta profesión uno no termina el horario, se va para su casa y se despoja de todo, sino que lo sigue viviendo como si fuera un tema personal, como que le está ocurriendo a uno mismo, como nos pasa a todos los que estamos acá.

Las felicito por el trabajo; vaya un reconocimiento al trabajo.

Les reitero la sugerencia de que concurran a la otra comisión.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Un saludo a las colegas.

Es claro que me tocan las generales de la ley, obviamente.

Me parece que lo que ustedes plantean es una situación que viene desde hace muchísimo tiempo; es histórica en el trabajo social como ciencia social, y tiene que ver a veces además con los prejuicios, preconceptos y estigmas que ha tenido la profesión a lo largo del tiempo. También se enfrenta a determinados corporativismos que existen; no está mal reconocer que eso sucede.

Es verdad que es una profesión que ha venido evolucionando muchísimo, con la posibilidad de lograr hace un año la reglamentación. Tiene un código de ética; es de las primeras profesiones que lo tuvo y que efectivamente lo aplica.

Me parece que hay un camino lento pero importante de reconocimiento y valorización de la profesión. Creo que en este tema, en particular, sobre todo a nivel público, es una profesión que ha tenido dificultades en todos lados respecto de la categorización y reconocimiento de escalafón y cargos. Esto no es nuevo en ASSE.

Suscribo lo que dijo la señora diputada Reisch: creo que deberían solicitar audiencia en la Comisión de Legislación del Trabajo. Nos comprometemos a acompañarlas porque también está eso: todos los años frente a un cambio de administración volver a plantear lo mismo es complejo.

Sería bueno que nos hicieran llegar esa propuesta que en algún momento elevaron a la unidad de negociación para tener idea de lo que están planteando. El tema no es solamente el monto, sino también lo que eso significa desde el punto de vista de la ubicación en la estructura institucional, sobre todo porque hay otros antecedentes.

Nos parece que sería bueno conocerla, porque son de las profesiones nobles a la hora de los reconocimientos, pero en la materialidad siempre son también de las profesiones postergadas.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Exacto.

SEÑORA REPRESENTANTE LUSTEMBERG (Cristina).- Apoyo lo que sugirieron las diputadas preopinantes.

En toda la estructura las licenciadas en trabajo social son la diferencia entre médicos y no médicos. En la concepción que tenemos hoy en salud, con una mirada al leer a Barrán -me lo hago cargo-, los médicos integramos los equipos de salud y el trabajo en equipo cuando los lideramos. ¡Cuánto nos cuesta incorporar en el mismo nivel de horizontalidad! Me ha pasado, como pediatra sin una licenciada en nutrición, pero sin una trabajadora social y sin una partera a mi lado sentía que no podía hacer la consulta básica, ni hablemos del acompañamiento en salud mental que requiere algunas complejidades. Pero tenía una función básica, más con la concepción de la salud atravesada por las determinantes sociales.

Sé de la diferencia salarial que hay en ASSE con respecto a esta profesión y muchas otras, así como con respecto a otras instituciones del Estado. La reforma del sistema de salud logró una reforma salarial, y lo sabemos. Yo era médica pediatra en Jardines del Hipódromo cuando el último conflicto en el área médica -si no me falla la memora, en 2013-, y sustantivamente hubo incremento y crecimiento salarial, pero hay profesiones como la de ustedes que no fueron tenidas en cuenta en la escala salarial.

Por haber ocupado lugares de responsabilidad siempre hago mucha autocrítica en estos temas. Creo que todos los integrantes de salud -discrepo quizá, aunque no voy a ingresar en eso, con lo dijo mi colega Álvaro Villar- sabemos lo que significa la profesión de ustedes así como otras disciplinas; todas tienen un valor importante. Y como dijo Marisa Toshme, es verdad, ustedes tienen las herramientas de acuerdo a lo que el Estado garantice en el diseño de las políticas públicas para los ciudadanos y ahí pueden trabajar.

Sí entiendo la complejidad del trabajo de ustedes y nos comprometemos, como dijeron las diputadas Etcheverry y Reisch a acompañarlas en la gestión ante la Comisión de Legislación del Trabajo; aunque para ustedes esto sea un peregrinaje, esa es la Comisión que corresponde después de esta -por las connotaciones que tiene en salud-, porque aquella cumple la tarea de colocar estos problemas en la agenda legislativa.

A nosotros nos compete sí conversar con la Federación de Funcionarios de Salud Pública para saber cómo están las negociaciones con el Directorio de ASSE en el marco de los consejos de salarios y todo lo que ustedes saben; el compromiso individual de nosotros -creo que compartido por Lucía, por el presidente y por las diputadas Reisch y Pérez Bonavita- es darle desde esta Comisión un seguimiento a cada uno de los planteos de alta sensibilidad que recibimos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Conozco bastante de las antiguas asistentes sociales, hoy licenciadas en trabajo social, a quienes en nuestra profesión de cirujanos tenemos que recurrir muchas veces, sobre todo para asistir a los pacientes que llevan larga estadía de internación; muchas veces, ante esa situación recurrimos a las *nurses* encargadas de piso para que nos ayuden cuando es la asistente social quien se ocupa de eso.

Me parece que además de las diferencias salariales que deberían solucionarse, ustedes deberían tener más presencia en todas las instituciones, sobre todo en el interior, como se dijo. En las instituciones privadas de Tacuarembó creo que hay una o dos. No sé cuántas hay en salud pública.

SEÑORA TOSHME (Marisa).- En Tacuarembó no hay ninguna.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hubo muchas, y hubo un sistema muy bueno antiguo por el que había muchísimas trabajadoras sociales con una labor diferente. No sé cómo se manejaban; eran muy famosas en Tacuarembó, con un nivel muy bueno; después se las pudo vincular porque existen muchas de aquellas antiguas trabajadoras con muchísima experiencia, con otro nivel de trabajo y de participación en el tratamiento de los pacientes.

La labor que realizan es muy importante, la tienen que hacer, hoy es más complicado por la pandemia y con la gente que tiene que ir a los resguardos del Mides o quienes están en situación de calle ante lo que es muy complejo dar solución.

Si estamos todos de acuerdo, elevaremos la versión taquigráfica de esta parte de la sesión a la Comisión de Legislación del Trabajo; también habría que enviarla a ASSE. Ustedes deberían solicitar audiencia para que las reciban en la Comisión mencionada.

Agradecemos su presencia.

SEÑORA BARCELO (Laura).- Hay choques de realidad.

Una colega con treinta años de trabajo se jubila con $18.000. ¡Por favor, ténganlo presente!

(Se retira de sala la delegación de trabajadoras sociales funcionarias de ASSE)

(Diálogos)

—No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

